

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Louis GUILLOUX

Né à Mâcon (Saône-et-Loire), le 14 avril 1889.

L'INFECTION OURLIENNE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA MENSTRUATION & LA GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1922



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Louis GUILLOUX

Né à Mâcon (Saône-et-Loire), le 14 avril 1889.

L'INFECTION OURLIENNE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA MENSTRUATION & LA GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET
PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE

*Avec l'expression de mon entière affection en
témoignage de reconnaissance de tout ce
qu'elle a constamment fait pour moi.*

A MA SOEUR

*En remerciement de la tendre affection qu'elle
m'a toujours témoignée.*

A MON BEAU-FRÈRE

Très affectueusement.

A MON VIEUX CAMARADE
Le Docteur MAURICE PINALIE

*Que vingt années d'études communes ont fait
mon frère.*

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur ACHARD

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital Beaujon.

Monsieur le Docteur QUEYRAT

Médecin de l'hôpital Cochin.

Monsieur le Professeur EMILE SERGENT

Professeur de Clinique Propédeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Monsieur le Docteur ED. SCHWARTZ

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur HENRI HARTMANN

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Professeur HUTINEL

Professeur honoraire de Clinique des maladies des enfants,
Membre de l'Académie de Médecine.

Monsieur le Docteur V. MORAX

Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière.

Monsieur le Docteur DEMELIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

A Monsieur le Professeur P. BAR

Professeur honoraire de Clinique Obstétricale,
Membre de l'Académie de Médecine.

A Monsieur le Docteur Ad. LAFFITTE

Médecin de l'hôpital Beaujon.

A Monsieur le Docteur H. VIGNES

Accoucheur des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

INTRODUCTION

M. le Docteur HENRI VIGNES nous a donné l'idée première de ce modeste travail. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier de l'intérêt qu'il nous a porté et lui exprimer notre gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués, tant au début de notre initiation à l'art des accouchements, dans le service de M. le Docteur DEMELIN à l'Hôpital Lariboisière, qu'actuellement encore, pour la mise au point de cette étude. M. le Professeur COUVELAIRE a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Le 1 Septembre dernier, M. VIGNES était appelé en consultation auprès d'une dame étrangère, enceinte de deux mois environ, ayant contracté les oreillons un mois et demi auparavant et présentant une métrorrhagie assez abondante.

Cette malade, habituellement bien réglée (règles tous les vingt-huit jours et durant cinq jours) avait eu deux gestations antérieures, normales, troublées seulement, à leur début, par quelques vomissements. Les dernières règles dataient de fin Juin, et les oreillons du 20 Juillet dernier. Le 26 Juillet (date normale), pas de règles. Fin Août, elle présente une première métrorrhagie assez abondante, mais qui dure peu : un quart d'heure environ. Le 4 Septembre, nouvelle métrorrhagie, qui, au dire de la malade, ressemble à du sang menstruel.

La malade est extrêmement effrayée par l'apparition de ces phénomènes morbides, ayant entendu dire par plusieurs per-

sonnalités médicales connues pour leur sens des responsabilités et l'excellence de leur jugement clinique, que les oreillons étaient susceptibles d'entraîner des malformations fœtales, et en particulier des tares du système nerveux :

A l'examen : Utérus en position normale, sensiblement augmenté de volume et globuleux. Le col est fermé. Le Docteur VIGNES porte le diagnostic de gestation de deux mois environ avec menace d'avortement et prescrit l'ingestion d'iode et le repos au lit.

Le 8 Septembre, le Docteur VIGNES apprend que l'état de la malade s'est amélioré sensiblement; mais, ayant été appelé en consultation en l'absence de l'accoucheur attitré de cette dame, il ne la revit pas et les circonstances firent qu'il ne put avoir de détails sur l'évolution ultérieure de cette gestation.

Voici donc une malade qui a des métrorrhagies au cours du deuxième mois d'une gestation jusque là normale. Cette femme a, antérieurement, mené à terme, sans aucun accident, deux gestations. Évidemment, on peut penser à une tentative criminelle d'avortement; pourtant M. VIGNES, pour toute une série de raisons d'ordre moral, est enclin à croire que l'hémorragie n'était nullement provoquée. On peut penser, par ailleurs, à toutes les causes habituelles des métrorrhagies et des avortements; mais, chez cette dame, qui a un bon passé génital et de bonnes gestations antérieures, il n'est pas impossible que ces métrorrhagies aient été causées par l'infection ourlienne qui, nous le verrons, est parfois cause d'accidents de ce genre et qui a pu laisser, comme trace de son passage, une atteinte ovarienne légère.

Autre point beaucoup plus angoissant, c'est le sort de l'enfant dont la mère, pendant la gestation, s'est souvent inquiétée. Le fait est que bien des médecins, sans en préciser les raisons, ont l'impression que les oreillons maternels constituent un risque pour le système cérébral du nouveau-né.

M. VIGNES, dans ces conditions, a fait quelques recherches bibliographiques sur le sujet et nous avons cherché, dans notre thèse, à compléter les renseignements qu'il avait recueillis.

Notre moisson n'a pas été très fructueuse; mais, dans l'ensemble, les tares, imputables aux oreillons, paraissent rares, si tant est qu'elles existent. Quant à l'influence néfaste de cette maladie sur la gestation, il semble également qu'elle soit peu fréquente.

Les circonstances ont d'ailleurs fait, qu'entre temps, M. VIGNES ait eu l'occasion d'observer un cas d'oreillons pendant les suites de couches et qu'il eut connaissance d'un autre cas, observé par le Docteur HOUPERT, cas dont nous reproduisons les relations.

Nous tenons à remercier ici M. le Docteur HOUPERT d'avoir bien voulu nous communiquer ces documents.

HISTORIQUE

Parmi les complications des oreillons, l'orchite, par sa gravité et sa fréquence, tient tant de place, que les autres localisations glandulaires furent longtemps peu connues. Le testicule étant, chez l'homme, en dehors des glandes salivaires, le plus souvent touché par l'infection ourlienne, on pensa, naturellement, que l'ovaire, en raison de ses analogies anatomiques et fonctionnelles, puisse être sujet aux mêmes accidents infectieux chez la femme; mais, si nombre d'auteurs posèrent la question, elle semble être restée sans réponse jusqu'au milieu du siècle dernier et, dans les traités spéciaux sur les maladies des femmes, antérieurs à cette époque, la plus grande obscurité règne sur ce point.

Parlant des localisations des oreillons sur les seins, HAMILTON déclare que, par analogie avec ce qui arrive chez l'homme, « il est naturel de supposer que les ovaires doivent être affectés plus souvent que les mamelles au cours des oreillons », mais avoue, cependant, ne pouvoir citer aucun cas d'ovarite ourlienne.

Dans une de ses cliniques, TROUSSEAU, en 1868, après avoir signalé également les métastases sur les mamelles, remarque que : « chose étonnante, personne n'a noté la métastase des oreillons du côté des ovaires et cependant, ces organes étant considérés comme les analogues des testicules, on pourrait penser qu'ils seraient aussi plus spécialement le siège des fluxions métastatiques dont nous venons de parler ».

GAILHARD, dans sa thèse en 1877, s'étonne à son tour de cette rareté de l'inflammation ovarique à la suite des oreillons ; il rapporte, il est vrai, un cas assez rare pour que nous le notions en passant, d'engorgement de la grande lèvre droite, terminé par suppuration.

Pourtant, en 1823, A. FISCHER, de Dresde, avait publié le cas d'une jeune fille de 17 ans qu'il soignait pour une crise de rhumatisme articulaire aigu compliquée de double gonflement des parotides ; elle présenta, huit jours après la disparition du gonflement parotidien, un frisson et une nouvelle poussée fébrile coïncidant avec une douleur aiguë, localisée à la région ovarienne gauche. Ces phénomènes ne rétrocédèrent qu'après qu'un écoulement muco-glaireux eut fait irruption par l'orifice utérin ; mais, dans ce cas, il paraît assez difficile d'affirmer, rétrospectivement, qu'il s'agissait bien là d'oreillons et non pas de parotidite, et, cette observation, malheureusement assez confuse, ne présente guère pour nous qu'un intérêt historique.

Mais, en 1849, THOMAS SALTER rapporte un cas beaucoup plus intéressant et sur lequel nous aurons à revenir plus loin : il s'agit ici d'oreillons survenant au troisième mois d'une gestation jusque là normale et suivie d'avortement (Obs. XII).

Discutant la pathogénie de cet accident, l'auteur ne voit guère dans ce fait qu'une preuve de plus des relations sympathiques existant entre la glande parotide, d'une part, les glandes mammaires et les glandes génitales, d'autre part : et, s'appuyant sur ce fait, il pense que les manifestations ourliennes sur les mamelles ne sont peut-être, souvent, que la conséquence d'une localisation génitale primitive passée inaperçue ou impossible à constater.

Deux ans plus tard, en 1851, SNEAD, de Richmond, rapporte à son tour un cas de métastase des oreillons sur le cerveau et l'utérus chez une femme de 26 ans (Obs. 1). Vers la même époque NIEMAYER signale « que parfois un endolorissement dans la région de l'un ou l'autre ovaire, fait supposer que ces organes, comme chez l'homme les testicules, sont devenus le siège d'une inflammation passagère » et CHATARD, de Baltimore,

assure que « la fluxion se jette quelquefois sur l'utérus aussi bien que sur les seins. »

En 1855, un nouveau cas d'oreillons chez une femme en état de gestation est signalé par C. D. HOMANS, provoquant, chez la malade, l'accouchement au 8^e mois d'un enfant présentant, deux jours après sa naissance, une parotidite gauche (Obs. XIII).

Au cours de l'épidémie d'Arras (1864-65), RIZET observe chez deux femmes, âgées : l'une de 29 ans, l'autre de 32 ans, « des douleurs très intenses dans le petit bassin et semblant provenir des ovaires ». Le diagnostic reste douteux et l'auteur se demande s'il y a simple coïncidence ou réellement corrélation entre l'inflammation de l'ovaire et la parotide malade.

L'année suivante, en 1866, MEYNET rapporte, à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*, une observation plus précise et cependant encore fort discutée, d'oreillons suivis de métastases chez une jeune fille de 16 ans (Obs. II). Et BOUTEILLIER, à Paris, publie dans sa thèse, la même année, une observation d'ovarite ourlienne, recueillie à Beaujon, dans le service de M. MOUTARD-MARTIN, plus probante encore que celle de MEYNET.

Cependant, le doute subsiste encore chez quelques auteurs : SCAGLIA, dans sa thèse (1870), dit que « les cas cités dans la science sont rares et contestables ». — Pourtant, peu de temps après, GAILHARD, de Montpellier (*Th. de Montpellier*, 1877) constate que l'ovarite ourlienne est chose démontrée et pense que, comme l'ovarite varioleuse, elle deviendra de moins en moins incertaine quand elle sera recherchée davantage.

Entre temps, à Lyon, en 1876, DUMAREST rapportait un autre cas d'ovarite ourlienne observé chez une jeune fille de 19 ans atteinte d'oreillons bilatéraux (Obs. IV).

Puis, c'est, en 1883, V. GAUTIER, à Genève, qui signale un cas d'oreillons épidémiques chez une femme en couches et chez son nouveau-né (Observ. XIV); en 1884, F. D. HALCOM, qui rapporte un cas d'oreillons, chez une femme en gestation, provoquant la mort du fœtus, qui est expulsé au septième

mois, suivi de la mort de la mère, dans le délire, deux jours après. Nous n'avons, malheureusement, pas pu trouver cette intéressante observation dont parle MAC NAUGHTON et publiée, d'après lui, par HALCOM, in *the American Journal of Medical Association*.

En 1886, c'est CRIBB qui rapporte encore deux cas d'ovarite ourlienne chez deux jeunes femmes de 20 et 22 ans (Obs. V.). En 1887, BENJAMIN BOURGEOIS, parlant de cette « fluxion ourlienne (ovarite) » pense qu'il faut expliquer la rareté des cas publiés par la difficulté même du diagnostic et par la bénignité des accidents qui, souvent, passent inaperçus; et il se demande même si, dans quelques cas, l'ovarite ourlienne ne pourrait pas être compliquée d'atrophie des ovaires et provoquer la stérilité chez la femme, de même que l'orchite peut se terminer par l'atrophie testiculaire et conduire à ce résultat chez l'homme.

En 1894, CH. W. ROOK, de Quincy, nous rapporte un nouveau cas d'oreillons chez une femme en état de gestation et provoquant, dit l'auteur, « une endométrite de l'utérus grévide avec expulsion du fœtus au troisième mois » (*Parotitis with metastatic metritis of the pregnant uterus resulting in the miscarriage of a three month's fœtus*).

Cette observation nous échappe malheureusement aussi, n'ayant pu réussir à nous procurer le numéro du *Gaillard's Medical Journal of New-York* dans lequel elle fut publiée.

Vers la même époque, VOGR publie une observation concernant une fillette de onze ans, qui, au troisième ou quatrième jour des oreillons, ressentit une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on pouvait percevoir une tumeur, grosse comme une châtaigne, paraissant constituée par l'ovaire, et qui disparut en cinq ou six jours.

En 1899, BETTI, de Milan, communique une observation tout à fait précise d'ovarite bilatérale (Obs. VI).

Plus près de nous, en 1902, c'est TROITSKY qui rapporte toute une série d'observations d'ovarite, apparaissant au cours d'une épidémie d'oreillons chez de très jeunes filles, épidémie remarquable surtout par la fréquence de l'ovarite qui se montra treize

fois sur trente-trois cas observés; puis HENTON WHITE, la même année, signalant un cas d'oreillons apparaissant simultanément chez une femme et son nouveau-né, au septième jour des suites de couches (Obs. XVI). Ensuite, c'est MAC NAUGHTON et RENON en 1903, qui rapportent : le premier, un cas d'ovarite double chez une jeune fille de 18 ans (Obs. VII); le second, un cas d'ovarite droite ayant simulé une crise appendiculaire (Obs. VIII) et CHEYNEL en 1906, qui publie, dans sa thèse, une nouvelle observation d'ovarite ourlienne bilatérale, observée par SABRAZES, chez une jeune femme de 24 ans (Obs. IX).

C'est, en 1912, R. LE BLAYE, de Poitiers, avec un cas d'ovarite accompagnée de métrorrhagies (Obs. X) et BABONNEIX, la même année, qui signale un syndrome de Little développé chez un nouveau-né, sous l'influence d'une infection ourlienne survenue chez la mère, au cinquième mois de la gestation (Obs. XVII).

Enfin, c'est GUERT, en 1913, qui nous rapporte un cas d'ovarite droite apparaissant chez une jeune fille de 21 ans, avant toute manifestation parotidienne (Obs. XI).

II

MANIFESTATIONS GÉNITALES DES OREILLONS CHEZ LA FEMME EN DEHORS DE LA GESTATION

Nous ne mentionnerons que pour mémoire, dans ce chapitre, la **tuméfaction des grandes lèvres** signalée, une première fois, au cours des oreillons par LAGHI et, depuis, par RULLIET, FOURNIER et GAILHARD. Ces localisations de l'infection ourlienne demeurent des cas isolés, tout à fait exceptionnels, et ne sont guère susceptibles d'être comptées comme des complications.

L'**ovarite ourlienne**, par contre, nous semble mériter une place plus importante. Admise aujourd'hui par tous les auteurs, elle paraît, cependant, être considérée comme un fait assez rare et sans grande gravité; nous allons essayer de voir ce qu'il faut en penser en passant en revue les différentes observations de métastase des oreillons sur l'ovaire que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. Nous reproduisons, à la fin de ce travail, celles d'entre elles qui nous ont paru les plus typiques; mais nous avons pensé qu'il serait intéressant, pour l'étude de cette localisation des oreillons, de les rassembler toutes en un tableau, sur lequel nous avons résumé leurs particularités les plus importantes.

A ce tableau, il convient d'ajouter le cas rapporté par VOET, dans lequel l'ovarite fut unilatérale et droite, et surtout les treize cas que TROITSKY, de Kiew, observa avec GEORGE au cours d'une épidémie frappant un pensionnat de jeunes filles, et dans laquelle cette complication se produisit avec une remarquable fréquence. Malheureusement, la relation que nous en avons est assez brève et ne nous fournira guère que des indications d'ordre statistique, assez curieuses d'ailleurs.

CAS OBSERVÉS PAR	ÂGE	DÉVELOPPE- MENT SEXUEL	OREILLONS	COMPLICATIONS GÉNITALES	ÉPOQUE DE LEUR APPARITION
SNEAD (1851).	26 ans	Bien réglée.	Bilatéraux	Douleur au niveau de l'utérus.	Quelques jours après le début des oreillons
MEYNET (1866).	16 ans	Non réglée.	Bilatéraux	Ovarite bilatérale.	Au 8 ^e jour d oreillons
BOUTEILLIER (1866).	24 ans	Bien réglée.	Bilatéraux	Ovarite bilatérale.	Au 8 ^e jour d oreillons
DUMAREST (1876).	19 ans	Bien réglée.	Bilatéraux	Ovarite bilatérale.	10 jours après le dé but des oreillon
CRIBB (1886).	20 ans	Régliées.	»	Ovarite bilatérale.	Une semai ne après le dé but des oreillon
	22 ans				
BETTI (1899).	16 ans	Bien réglée.	»	Ovarite bilaté- rale surtout marquée à droite.	Quelques jours après le début des oreillon
MAC NAUGHTON (1903).	18 ans	Régliée.	Bilatéraux.	Ovarite bilatérale.	Au 5 ^e jour d oreillons
RENON (1903).	14 ans	»	Bilatéraux.	Ovarite droite.	Quelques jours après le début des oreillon
SABRAZÈS (1906).	24 ans	Bien réglée.	Bilatéraux.	Ovarite bilatérale.	Deux jours avant les oreillon
LE BLAYE (1912).	28 ans	Bien réglée.	Bilatéraux.	Ovarite bilatérale.	Le second jour des oreillon
GUEIT (1913).	21 ans	Bien réglée.	Bilatéraux.	Ovarite droite.	Six jours ava nt le début des oreillon

TROUBLES MENSTRUELS	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
Hémorrhagie durant plusieurs jours survenant 10 jours avant la date des règles normales, s'accompagnant de vives douleurs.	Phénomènes cérébraux et méningés très accusés. Engourdissement de tout le côté droit.
Aucun.	Epistaxis peut-être supplémentaire des règles. Récidive de la parotidite après l'ovarite. Non revue.
Ovarite est survenue au 4 ^e jour des règles qui durent 5 jours au lieu de 4 habituellement.	Pas de troubles menstruels consécutifs.
Les règles devaient apparaître: elles ne viennent pas.	Non revue par la suite.
Aucun.	L'état général des malades reste longtemps altéré.
Les règles sont précoces et plus abondantes que normalement.	Pas de troubles menstruels consécutifs.
Hémorrhagie durant 5 jours deux semaines après les dernières règles.	Règles suivantes 6 semaines après.
Aucun.	Ovarite simulant l'appendicite.
Règles en retard de 4 à 5 jours plus abondantes que de coutume.	En même temps douleurs mammaires.
Hémorrhagie durant 5 jours, précédée d'une perte d'eau et survenant 20 jours après les dernières règles.	Pas de troubles menstruels consécutifs.
Les règles qui suivent sont marquées par un léger malaise avec de la bouffissure de la face.	

L'épidémie commença, écrit-il, le 1^{er} Février et dura jusqu'au 7 Mars, soit 35 jours. Le nombre des malades fut de 33, respectivement âgées : deux de 9 ans, deux de 10 ans, deux de 11 ans, dix de 12 ans, sept de 13 ans et trois de 15 ans. La durée moyenne de la maladie fut de 15 à 18 jours. Treize seulement de ces trente-trois jeunes filles étaient réglées. Vingt-sept eurent des oreillons bilatéraux; chez les six autres, ils furent unilatéraux. Des treize malades atteintes d'ovarite, huit étaient déjà réglées et cinq ne l'étaient pas encore. Lorsque les deux parotides étaient atteintes, les deux ovaires l'étaient aussi; de même si une seule glande était affectée, un seul ovaire était douloureux. L'examen étant fait par palpation abdominale, seule méthode possible et sujette peut être à quelque objection. La douleur de l'ovaire dura, dans la plupart des cas, plus longtemps que l'inflammation parotidienne. Dans un seul cas, la douleur ovarienne dura dix jours seulement alors que la parotidite persistait pendant vingt-six jours. La marche de la maladie, cette complication mise à part, fut normale : la température variant entre 38°5 et 39° et n'atteignant 40° que dans un seul cas. Les seins ne furent jamais atteints et il n'y eut pas de troubles de la menstruation chez les malades déjà réglées. Il est vrai que l'enquête, faite sur ce dernier point, par l'auteur, perd beaucoup de sa valeur, n'ayant été provoquée qu'un an après l'épidémie.

Par ailleurs, nous ne pensons pas devoir tenir compte des deux observations IX et X de la Thèse de CHEYNEL qui, comme le fait observer fort justement M. LE BLAYE, sont toutes deux rétrospectives et fort discutables.

Des faits que nous venons de rapporter, et de ceux résumés dans notre tableau, il apparaît que, si l'ovarite peut se produire chez de très jeunes filles, voir presque chez des enfants, elle semble cependant atteindre de préférence celles présentant un certain degré de développement sexuel ou ayant dépassé l'âge de la puberté; et, en cela, l'ovarite ourlienne ressemble à l'orchite de même nature qui ne s'observe presque jamais chez de très jeunes garçons; mais il nous est impossible de dire

qu'elle puisse exister après la ménopause, les cas que nous avons relevés s'étant produits chez des malades âgées de 10 à 28 ans et ceux rapportés par RIZET, et dont nous n'avons pu tenir compte, faute de renseignements précis, portant sur deux femmes âgées de 29 et 32 ans.

Sous quelles influences ces localisations ovariennes apparaissent-elles? Rien, dans toutes les observations publiées ne permet d'y répondre avec satisfaction. La fatigue, peut-être, joue-t-elle un certain rôle. LE BLAYE, dans son observation (Obs. X), fait remarquer ce fait, que sa malade reste debout et travailla le premier jour, malgré la fièvre qu'elle avait déjà; — le cas de SNEAD (Obs. I. serait également en faveur de cette hypothèse : sa malade, une domestique, continua son travail également pendant les premiers jours de sa maladie et, il est possible que, pour l'ovarite comme pour l'orchite, ce soit là une raison favorisante; cependant, il faut avouer, que dans tous les autres cas, le déterminisme de ces manifestations de l'infection ourlienne nous échappe complètement.

TROITSKY remarque que l'unilatéralité des accidents annexiels coïncide, chez toutes ses petites malades, avec l'unilatéralité de la fluxion parotidienne; bien plus, dit-il « quand la parotide est prise d'un seul côté, c'est l'ovaire de ce même côté que nous trouvons malade ». Cela est un fait; mais, sur les onze cas que nous avons groupés, nous trouvons deux fois, avec des oreillons bilatéraux, une ovarite droite (RENON, Obs VIII; GUEIR, Obs. XI). Quant à la fréquence de l'ovarite, l'épidémie observée par TROITSKY semble montrer que la rareté de cette complication n'est pas une loi absolue, puisqu'elle se manifesta dans plus du tiers des cas chez ses malades. Aussi, avec MAC NAUGHTON, nous sommes tout près de penser, que, si cette complication est moins souvent observée chez les filles que l'orchite ne l'est chez les garçons, cela est dû, en grande partie, à ce que les organes génitaux sont moins accessibles chez la femme, et d'autant plus difficiles à explorer, que l'on a affaire à des jeunes filles, chez lesquelles les moyens d'investigation sont encore réduits. Ainsi, nombreux cas de ce genre peuvent passer

d'autant plus inaperçus que, souvent les symptômes généraux manquent ou que, lorsqu'ils existent, il est fort difficile de dire s'ils sont dus à une complication viscérale ou à la maladie elle-même.

L'époque d'apparition de l'ovarite varie suivant les observations. Dans la majorité des cas, c'est plusieurs jours après le début de la maladie qu'elle se produit, une semaine après en général, mais elle peut apparaître cinq jours après (MAC NAUGHTON, Obs. VII), le second jour (LE BLAYE, Obs. X) et même devancer la parodite (SABRAZES, Obs. IX; GUEIT, Obs. XI).

Les caractères de la douleur abdominale semblent à peu près les mêmes dans toutes les observations : douleur assez vive dès le début, spontanée, généralement bilatérale, mais pouvant, lorsqu'elle est localisée au côté droit, égarer un instant le diagnostic (RENON, Obs. VIII). Quelle que soit son intensité, on ne constate pas de contracture de défense de la paroi abdominale, ni les caractères péritoniaux du poulx et du facies; de plus, la douleur reste localisée à la région ovarienne, en dessous de la ligne ombilico-iliaque et vers la ligne médiane. Le diagnostic peut cependant être délicat d'autant que, si quelques auteurs disent avoir pu sentir, à la palpation, l'ovaire tuméfié (MEYNET, Obs. II; BOUTEILLIER, Obs. III; CRIBB, Obs. V; GUEIT, Obs. XI) dans d'autres cas, la palpation permet seulement de constater l'existence d'une région très sensible (MAC NAUGHTON, Obs. VII; LE BLAYE, Obs. X) et que le toucher vaginal ne sera pas toujours praticable.

L'ovarite tient certainement sous sa dépendance les **troubles menstruels** qui l'accompagnent si souvent; mais ceux-ci sont très variables. Parfois, il n'y a aucun trouble (TROITSKY); d'autres fois, au contraire, le flux cataménial apparaît en même temps que l'ovarialgie, en dehors de l'époque habituelle, anormal par sa durée, son abondance et aussi les douleurs qui l'accompagnent. L'écoulement sanguin présente cependant les caractères ordinaires des règles; il n'y a pas de caillots; enfin l'ovarite peut être la cause de troubles tout différents; c'est ainsi que les règles qui devaient apparaître ont pu manquer (DUMAREST,

Obs. IV); elles ont un retard de quelques jours (SABRAZES, Obs. IX) ou durent simplement un peu plus que d'habitude si cette complication survient pendant une période menstruelle (BOUTEILLIER, Obs. III).

Quelle est la nature de ces métrorrhagies? — S'agit-il d'une inflammation ourlienne de l'utérus, d'une endométrite spécifique? — Cela est possible, au moins dans certains cas: SNEAD, dans son observation, dit que sa malade se plaignait d'une vive douleur dans la région de l'utérus (Obs. I) et ne parle pas d'ovarite; RAMOND et GOUBERT (1915), parlant de la prostatite ourlienne, pensent que « cette complication a son répondant chez la femme sous forme d'inflammation de l'utérus ». Mais il y a tout lieu de croire que la métrorrhagie est, le plus souvent, gouvernée par l'ovarite, comme le flux menstruel normal l'est par l'ovulation. Est-ce la fonction de sécrétion interne de l'ovaire qui, troublée par les phénomènes congestifs qui s'abattent sur la glande génitale, serait déviée par la maladie de ses fonctions normales et déterminerait ces hémorragies pathologiques? (FORGUE et MASSABUAT, Métrorrhagies d'origine ovarienne. *Presse Médicale* 1912, p. 793). Est-ce plus simplement, par action réflexe à point de départ ovarien, comme le pense M. LÉ BLAYE à cause de la soudaineté des accidents? — Ces deux hypothèses sont permises.

De l'anatomie pathologique de l'ovarite ourlienne. nous ne savons rien. Il est probable qu'il s'agit seulement d'une inflammation surtout congestive. La couche externe seule de la glande est-elle intéressée par le processus inflammatoire, comme le croit MAC NAUGHTON; peut-il y avoir lésions durables? — Rien ne permet, jusqu'à présent, de croire qu'il en soit, de cet organe, comme du testicule dont l'atrophie, aujourd'hui discutée, semble succéder souvent à l'inflammation; mais on ne peut pas dire non plus que cette évolution ne se produise jamais; les malades revues après guérison sont trop peu nombreuses.

Souhaitons que de nouvelles recherches soient faites dans ce sens.

MANIFESTATIONS GÉNITALES DES OREILLONS CHEZ LA FEMME EN ÉTAT DE GESTATION ET LEURS CONSÉQUENCES SUR LE FŒTUS

L'infection ourlienne, envisagée comme complication de la gestation, n'est signalée dans aucun des traités spéciaux que nous avons consultés. VINAY n'en parle pas dans son *Traité des maladies de la grossesse*. BALLANTYNE, de son côté, s'exprime ainsi, sans autres détails : « Il y a peu d'observations de cas dans lesquels les oreillons et la coqueluche semblent avoir été présents à la naissance ».

Seuls, CHAMBRELENT et CATHALA, dans « *La Pratique de l'Art des Accouchements* », faisant allusion au cas rapporté par HUTNEL et BABONNEIX, signalent que cette infection peut parfois retentir sur le fœtus. Des recherches bibliographiques que nous avons entreprises, il semble que les accidents, provoqués par cette infection, soient rares, mais plus fréquents, cependant, qu'on aurait été en droit de le supposer, étant donné la bénignité habituelle des oreillons.

Pour la facilité de l'étude des observations que nous avons pu recueillir, d'oreillons survenus au cours de la gestation, nous avons groupé, dans le tableau suivant, les neuf cas que nous avons trouvés dans la littérature médicale et les trois observations que nous devons à M. H. VIGNES et à M. le Docteur HOUPERT, d'Usson du Poitou, en y relevant leurs particularités les plus importantes.

Les observations que nous rapportons concernent des

femmes, en majorité multipares, âgées de vingt-quatre à quarante ans. Pour quatre d'entre elles, nous ne connaissons ni l'âge, ni la parité.

L'examen des faits, relatés dans ces douze observations, nous montre que, trois fois, la maladie ne produisit aucun accident chez la mère et n'eut aucun retentissement sur l'enfant (Obs. XV, DEMELIN, Obs. XVIII, CHAMBRELENT, Obs. XIX, HOUPERT).

L'influence des oreillons sur la gestation paraît être la cause de troubles, plus ou moins accusés et plus ou moins graves, dans cinq des autres cas : Nous y relevons deux avortements au 3^e mois de la gestation (Obs. XII, THOMAS SALTER; Obs. de Rook ; deux accouchements prématurés; l'un, au 8^e mois, n'entraînant aucun accident d'ailleurs (Obs. XIII, HOMANS), l'autre, au 7^e mois, provoquant l'expulsion d'un enfant mort et suivi de mort de la mère (HALCOM); enfin, nous assistons à toute une série de métrorrhagies, chez une femme enceinte de deux mois, faisant fortement craindre pour l'avenir de sa gestation, dont l'issue nous fut malheureusement inconnue (H. VIGNES).

L'influence des oreillons sur le produit de la conception apparaît comme étant beaucoup moins redoutable. Sur l'ensemble des cas que nous avons relevés, trois fois, la maladie paraît avoir été transmise *in utero* au fœtus et se manifeste chez le nouveau-né, de façon plus ou moins caractérisée, dans les jours qui suivent la naissance, évoluant d'ailleurs sans complication aucune et sans laisser trace de son passage (Obs. XIII, HOMANS; Obs. XIV, GAUTIER; Obs. XVI, HEXTON WHITE). Une seule fois, nous trouvons chez le nouveau-né tout un ensemble de troubles nerveux et de tares physiques caractérisant un syndrome de Little; mais, cette fois encore, nous assistons à une évolution favorable des lésions qui s'effacent et guérissent rapidement.

En résumé, c'est surtout la possibilité d'une interruption de la gestation qui paraît être le plus à redouter en cas d'oreillons apparaissant chez une femme enceinte.

CAS OBSERVÉS PAR	AGE ET PARITÉ	DATE D'APPARITION DES OREILLONS	MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT
THOMAS SALTER (1849).	25 ans. III pare.	Au 3 ^e mois de la gestation.	Avortement.
HOMANS (1855).	25 ans.	Au 8 ^e mois de la gestation.	Accouchement prématuré.
GAUTIER (1883).	30 ans. II pare.	Le lendemain de l'accouchement.	A terme.
HALCOM (1884).	»	Au 7 ^e mois de la gestation.	Accouchement prématuré.
ROOK (1894).	»	Au 3 ^e mois de la gestation.	Avortement.
DEMELIN (1900).	»	Au 8 ^e mois de la gestation.	A terme.
HENTON WHITE (1902).	24 ans	Au 7 ^e jour des suites de couches.	A terme.
BABONNEIX (1912).	»	Au 5 ^e mois de la gestation.	A terme.
CHAMBRELENT (1914).	III pare.	Au terme de la gestation.	A terme, 4 jours après le début des oreillons.
HOUPERT (1921).	40 ans. III pare.	Au 4 ^e mois de la gestation.	A terme
VIGNES	III pare.	Au 2 ^e mois de la gestation.	?)
VIGNES	25 ans. II pare.	Au 3 ^e jour des suites de couches.	A terme.

ÉTAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE	COMPLICATIONS SURVENUES AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT OU CHEZ LA MÈRE	COMPLICATIONS SURVENUES CHEZ L'ENFANT APRÈS LA NAISSANCE
Fœtus macéré.	Adhérence et rétention placentaire pendant plus de 15 h. après l'expulsion fœtale, hémorragie, gros infarctus placentaire.	"
Enfant vivant.	"	Parotidite gauche deux jours après l'accouchement
Enfant vivant, bien constitué, nourri au sein.	"	Oreillons sous-maxillaires 12 jours après la naissance.
Enfant mort.	La mère meurt dans le délire le second jour des suites de couches.	"
"	Endométrite gravidique.	"
Enfant vivant, bien constitué.	"	"
Enfant vivant, nourri au sein.	Convalescence assez lente.	Oreillons 6 jours après la naissance.
Enfant vivant.	Pendant toute la maladie et quelque temps après, disparition des mouvements actifs du fœtus.	Apparition dans les 1 ^{ers} mois qui suivent la naissance d'un syndrome de Little. Evolution favor.
Enfant vivant, bien constitué, nourri au sein.	"	"
Enfant vivant, bien constitué, nourri au sein.	Légères douleurs ovariennes sans métrorrhagie.	"
"	Métrorrhagies répétées, évolution de la gestation inconnue.	"
Enfant vivant, bien constitué, nourri au sein.	Complications mammaires bénignes dans les suites de couches	Mammite bilatérale 14 j. après la naissance.

Comment l'avortement se produit-il? Aucun des cas que nous avons étudiés ne nous permet de dire que l'âge, la parité ou la gravité spéciale de la maladie ait été une cause favorisante.

L'infection ourlienne semble capable, dans certains cas, de produire une **endométrite déciduale**, au même titre que la variole et les autres maladies infectieuses, et pouvant se manifester au niveau de la caduque placentaire.

Le cas de THOMAS SALTER : expulsion d'un fœtus macéré, adhérence anormale du placenta qui présente un volumineux infarctus; celui de Rook, dont nous ne possédons qu'une relation très incomplète, mais qui signale aussi une endométrite gravidique, viennent confirmer cette possibilité de l'avortement dû à des lésions infectieuses du placenta; lésions vasculaires pouvant entraîner la mort du fœtus et le décollement de l'œuf qui est alors expulsé avant terme.

Il est possible aussi, que, dans certains cas, l'avortement soit produit par des **contractions prématurées de l'utérus** naissant, soit par excitation du centre médullaire des contractions utérines ayant pour origine les altérations du sang, soit par des lésions de l'endomètre dues à la fluxion ourlienne qui se serait portée sur l'utérus même. Enfin, il est peut-être des cas d'oreillons, particulièrement sévères, où le fœtus succombe du fait de l'hyperthermie maternelle.

En dehors de ces accidents gravidiques, nous avons vu que l'infection ourlienne était capable de retentir sur l'organisme fœtal et apparaissait, parfois aussi, chez le nouveau-né, contractant *in utero* la maladie maternelle.

Ces cas de parotidites ourliennes, chez d'aussi jeunes enfants, n'ont pas été sans nous étonner quelque peu, car tous les auteurs s'accordent à dire que cette affection est exceptionnelle avant deux ans et l'on a même parlé d'une immunité spéciale au nouveau-né, vis-à-vis de l'infection ourlienne, conférée par la mère au fœtus. M. CHAMBRELENT, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, à propos du cas qu'il rapportait, pensait, ainsi que M. le PROFESSEUR MOUSSOUS, que cette immunité ne devait pas être transmise au fœtus par la

voie placentaire, l'accouchement s'étant terminé dans son cas, deux ou trois jours à peine après le début de la maladie chez la mère, et qu'il fallait plutôt admettre que les antitoxines immunisantes étaient transmises par le lait maternel dès les premiers jours de l'allaitement. Le cas de M. VIGNES (Obs. XX) serait en faveur de cette théorie, les oreillons étant apparus, chez la mère, trois jours après l'accouchement et l'enfant, nourri au sein, étant resté indemne par la suite. (Nous ne pensons pas en effet devoir rattacher à l'infection ourlienne maternelle la mammite légère que présentait cet enfant). Mais les deux observations de V. GAUTIER (Obs. XIV) et surtout de H. WHITE (Obs. XVI) tendent à détruire cette hypothèse; aussi, nous croyons préférable d'admettre que cette immunité est due, soit au passage des toxines maternelles déterminant une réaction antitoxique de la part des humeurs du fœtus, soit au passage direct des anticorps maternels à travers le placenta. Or, comme le dit d'ailleurs M. CHAMBRELENT, « on ne sait rien d'absolument exact du passage des toxines et des anticorps de la mère au fœtus; ces substances, tantôt semblent passer à travers le placenta, tantôt ne le traversant pas ». Ces différences provenant, soit de l'intensité de l'infection, soit de la quantité des éléments microbiens ou des substances solubles ou humorales contenues dans le sang maternel, soit de l'âge de la grossesse, soit de variations anatomiques de l'œuf, soit d'altérations des membranes ovulaires, expliqueraient que, parfois, nous constatons une immunité réelle du nouveau-né pour la maladie de la mère, et que, d'autres fois, au contraire, il naisse directement infecté, plus ou moins sérieusement, ou même complètement sain et pouvant contracter la maladie qu'avait sa mère pendant la gestation. Le cas rapporté par V. GAUTIER (Obs. XIV) pourrait être une preuve de cette dernière assertion : les oreillons de l'enfant étant apparus douze jours après la naissance, et certains auteurs déclarant que l'incubation de cette affection varie de 10 à 20 jours (BIEDERT).

Cela expliquerait aussi le cas rapporté par M. BABONNEIX de cet enfant infecté *in utero* par le germe de la maladie mater-

nelle, ayant souffert visiblement, si l'on peut dire, pendant tout le temps de cette maladie, puis naissant, vivant, mais porteur de lésions nerveuses manifestes, heureusement curables, observation tout à fait intéressante d'ailleurs et qui vient illustrer les recherches de MM. CHARRIN et LERI.

Dé cette étude d'ensemble, des cas que nous avons pu recueillir, il semblerait résulter que, dans la moitié des cas, il y ait lieu de redouter quelque complication, plus ou moins grave, soit chez la mère, soit chez l'enfant : mais nous ne saurions croire que la fréquence des accidents-soit, de bien loin, aussi grande. Il est hors de doute, en effet, que d'assez nombreux cas d'oreillons aient pu se produire chez des femmes enceintes et qui, du fait de leur innocuité, ne furent jamais signalés : tel ce cas rapporté, tout à fait incidemment, par M. le Docteur PERY à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, dans sa séance du 27 Janvier 1914, d'une dame atteinte successivement d'oreillons, puis de varicelle, durant sa grossesse qui n'en suivit pas moins son cours normal ; aussi, serait-il téméraire de vouloir conclure en se basant sur un nombre aussi faible de cas. Néanmoins, la possibilité de l'avortement et le retentissement possible de l'infection sur le fœtus obligent à faire des réserves quant au pronostic des oreillons lorsqu'ils surviennent chez une femme enceinte.

OBSERVATIONS

Observation I. — A. SNEAD. Sur un cas de métastase ourlienne sur le cerveau et l'utérus in *Sthetoscope and Virginia Medical Gazette*, 1851, p. 322.

Suis appelé, le 31 mars, chez Mme T ..., pour y voir sa bonne, une femme de 26 ans, remarquablement grande et taillée en athlète. Le lundi précédent, elle avait été prise d'oreillons (parotide droite), mais souffrant peu, n'avait pas cessé son service. Dans la nuit du vendredi, sa parotide gauche est prise à son tour. Le samedi et le dimanche, elle se sent beaucoup plus souffrante : sa tête lui fait atrocement mal, l'empêche de dormir une partie de la nuit. Elle vomit plusieurs fois dans la nuit et le matin.

A ce moment, le mal de tête est des plus intense, la lumière lui est insupportable, la tête est brûlante, les artères temporales battent violemment, le pouls est rapide. Ordonne bain de pieds sinapisé.

A deux heures de l'après-midi, suis appelé de nouveau d'urgence : la tête est toujours brûlante, le pouls plus calme, mais la céphalée est très violente, la photophobie très accusée. Elle a vomé. Remarquant, dans un bassin, une certaine quantité de sang, je demande si elle n'aurait pas eu d'épistaxis; sur une réponse négative, je demande alors si elle est en période menstruelle et, ainsi, j'apprends que ses règles étaient venues, la veille au soir, soit dix jours plus tôt que normalement. Sur une question de ma part, elle me dit qu'elle avait toujours été très régulièrement réglée, ne souffrant jamais au moment de ses époques, alors qu'actuellement elle accusait une vive douleur dans la région de l'utérus et que l'écoulement était plus abondant que d'habitude. La palpation de la région hypogastrique révélait en effet une douleur très vive, J'ordonnai alors une saignée derrière les oreilles.

A cinq heures, la saignée pratiquée, la malade se sent grandement soulagée. La chaleur de la tête et du corps a diminué ainsi que la céphalée. N'a pas vomé depuis la saignée. Les mouvements de la tête sont douloureux, mais la photophobie est légèrement diminuée. Je prescris une purgation et l'application de sinapismes sur la parotide.

1^{er} avril : 9 heures. A été purgée comme prescrit : trois garde-robes — a mieux reposé la nuit dernière et se trouve sensiblement mieux. Ne souffre de la tête que lorsqu'elle la remue. La photophobie est considérablement diminuée. Pouls à 80°, température du corps presque normale. Douleurs hypogastriques moins accusées, mais métrorrhagie persistante. Je prescris un petit vésicatoire sur chaque parotide et une nouvelle purgation à midi.

A six heures du soir, la surface de chaque parotide a été bien révoltée, ne souffre plus du tout de la tête. La photophobie a disparu, le pouls n'est plus fiévreux. Elle a eu deux évacuations alvines. J'ordonne de maintenir des cataplasmes sur les phlyctènes parotidiennes dues à la vésication.

2 avril : 10 heures. A passé une bonne nuit. Plus de céphalée, plus de phobophtobie ni de fièvre ; se sent beaucoup mieux.

4 avril : Depuis le 2, évolution favorable.

Je la revis incidemment le 6 : elle me dit qu'elle se sentait bien, mais que sa jambe et son bras droits avaient conservé de l'engourdissement. Elle ne s'était encore jamais plainte de cela, mais me dit, à ce moment, qu'elle avait ressenti cet engourdissement tout le temps de sa maladie. Elle partit à la campagne le jour suivant de sorte que je ne sais pas combien de temps dura ce phénomène.

Observation II (Résumée). — MEYNET. Oreillons suivis de métastase sur les ovaires chez une jeune fille de 16 ans, in *Mémoires et Comptes Rendus de la Soc. des Soc. Méd. de Lyon*, 1886.

Une jeune fille de 16 ans, non encore réglée, est atteinte d'oreillons bilatéraux. Huit jours après, alors que le gonflement parotidien a disparu, il persiste de la fièvre et une douleur au fond des fosses iliaques, surtout à droite. On sent, à ce niveau, une tuméfaction arrondie qui répond à l'ovaire droit. Au bout de trois semaines la tuméfaction parotidienne reparut, puis disparut à nouveau, en même temps que les douleurs ovariennes.

L'âge de la malade, l'absence des règles permettent de croire que le travail de l'ovulation n'a pas été étranger à ces accidents.

C'est la pensée de MEYNET lui-même, c'est également l'opinion de LAVERAN et de CHEYNEL.

Observation III (Résumée). — BOUTEILLIER. Ovarite ourlienne droite chez une jeune femme de 24 ans, *Th. de Paris*, 1866, n° 273.

Douleurs iliaques apparaissant chez une jeune femme de 24 ans, normalement réglée depuis l'âge de 14 ans, mais ayant présenté huit jours auparavant un double gonflement parotidien. Ces douleurs, d'abord bilatérales, se localisent, bientôt, surtout à droite. A ce niveau, on sent une petite tumeur, un peu allongée dans le sens transversal, mobile, douloureuse à la pression, plus grosse que l'ovaire normal, mais occupant le siège de cette glande. A son entrée à l'hôpital, dans le service de M. MOUTARD-MARTIN, la malade était en période menstruelle et ses règles, qui duraient depuis quatre jours déjà (durée habituelle) durèrent cette fois un jour de plus.

Observation (IV) (Résumée). — A. DUMAREST. Douleurs ovariennes apparaissant chez une jeune fille atteinte d'oreillons, arrêt des règles, in *Lyon médical* 1876, p. 119.

Une jeune fille, âgée de 19 ans, de constitution robuste, est atteinte d'oreillons bilatéraux qui la surprennent à l'époque à laquelle devaient apparaître ses règles. Elles ne vinrent pas. Quelques jours après le début des oreillons, apparaissent, au niveau des régions ovariennes droite et gauche, de fortes douleurs, tandis que les parotides diminuaient rapidement de volume — fièvre élevé — facies animé. La malade ne fut pas revue par la suite.

Observation V. (Résumée). — CRIBB (A. J.) — Sur deux cas d'ovarite ourlienne. in *The Lancet*, 1886, p. 227.

Deux femmes, de vingt et vingt-deux ans, jouissant d'une santé parfaite, contractent les oreillons au cours d'une épidémie. Pendant une semaine, l'affection suit son cours normal, puis apparaissent de vives douleurs dans les

deux régions ovariennes. A la palpation, on pouvait sentir les ovaires douloureux et tuméfiés. Cette crise aiguë dura huit jours environ ; mais les ovaires restèrent encore sensibles et tuméfiés quelque temps. Quand à l'état général des malades, il resta longtemps altéré.

Observation VI (Résumée). — BETTI. Ovarite bilatérale rarissima a varieta clinica di parotite epidemica. Sur un cas très rare d'ovarite bilatérale au cours des oreillons), in *Gazzetta Degli Ospedali e della Cliniche*, 1889 p. 1445.

Une jeune fille de 16 ans, ayant toujours été en bonne santé, réglée à douze ans pour la première fois, et, depuis, toujours réglée de façon régulière et comme temps et comme quantité, contracte les oreillons, au contact de son frère malade, le 10 juillet.

Le 15 juillet : mouvement fébrile le soir et douleur vive et continue dans le quart inférieur de l'abdomen, à droite. Dans le courant de la nuit, cette douleur s'étend à gauche.

Le 18 juillet : température 38°7 le matin. Douleur abdominale exacerbée à la moindre pression et devenant intolérable. La palpation profonde, très difficile de ce fait, permet cependant d'en localiser le point maximum à la région ovarique des deux côtés.

Le 17 juillet : persistance des mêmes phénomènes douloureux. Température 39°. A droite, on a l'impression, à la palpation, de sentir quelque chose comme un corps solide.

Le 18 juillet : toujours même état. Température : 38°8. La palpation profonde, pratiquée avec soin et douceur, permet de mieux situer le corps solide soupçonné la veille. Je propose à la malade une exploration plus complète et, après quelque résistance de sa part, elle m'autorise à la toucher. Je note alors un utérus normal (volume, consistance, position) mais, en arrière, dans les culs-de-sacs latéraux, je constate une augmentation sensible du volume des ovaires, surtout à droite.

Le 19 juillet : frissons la nuit, sueurs profuses. Température : 36°.

Le 20 juillet : la douleur a légèrement diminué. Température : 36°4.

Le 24 juillet : la douleur a presque complètement disparu et la malade, se sentant beaucoup mieux, refuse un nouvel examen gynécologique. A la palpation, cependant, on trouve encore les deux ovaires, faciles à délimiter et sensibles.

Le 1^{er} août : après insistance, je puis pratiquer un nouveau toucher vaginal et trouve que tout est rentré dans l'ordre.

Les règles de juillet furent précoces et plus abondantes que normalement ; en août, elles vinrent à date normale et furent également normales comme durée et quantité.

Observation VII Résumée). — MAC NAUGHTON. Epidemic parotitis with metastasis to the female genitalia. (Les oreillons avec métastases génitales chez la femme), in *Pediatrics*, vol. XV, p. 263, mai 1903.

Mlle ..., âgée de 18 ans, réglée pour la première fois à 14 ans, ayant toujours eu des règles régulières, mais douloureuses depuis cette époque, les douleurs commençant avec les règles et durant douze heures après leur début, est prise d'oreillons doubles très marqués le 17 mai. Plusieurs personnes de son entourage sont atteintes d'oreillons. Depuis deux jours déjà, elle avait une certaine difficulté dans la mastication et, depuis huit jours, se plaignait de malaises.

Ses dernières règles, commencées le 6 mai, étaient venues à date normale et elle en souffrit comme d'habitude.

Le 22 mai : comme la parotidite commençait à régresser, la malade se plaignit de douleurs dans les régions ovariennes des deux côtés. Cette douleur s'accrut pendant deux jours, puis survint une hémorragie.

La douleur fut assez aiguë pour nécessiter l'emploi d'un narcotique pendant cinq jours. La température, pendant tout ce temps, atteignit 104°F, soit 40°C. Rien du côté des seins. Les règles suivantes vinrent six semaines seulement après cette métrorrhagie : mais la malade ayant fait, dans cet intervalle, un voyage en mer, il se peut que cette traversée ait retardé la menstruation. Depuis cette date, en effet, elles ont été régulières.

Observation VIII. — BENON. Du diagnostic de l'appendicite avec l'ovarite ourlienne droite, in *Bulletins et Mémoires de la Soc. des Hôp. de Paris*, 1903, p. 1361.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans pour laquelle on pensait à une crise d'appendicite.

La crise avait débuté, la veille, par une douleur subite dans la fosse iliaque droite, par des vomissements, par de la fièvre. La température était actuellement de 38°6. Le pouls à 110.

A l'examen, on trouve la région de la fosse iliaque droite douloureuse spontanément ; mais, à la palpation, en précisant les choses, on constate que le point de Mac Burney est respecté et que la douleur occupe plutôt la région ovarienne. D'ailleurs, malgré l'intensité des phénomènes généraux, il n'y a pas de défense musculaire au niveau de la région appendiculaire normale. C'est alors, qu'assez hésitant entre le diagnostic d'affection ovarienne et celui d'appendicite à type descendant, je fus frappé d'un certain gonflement existant, de chaque côté, au niveau de la région sous-maxillaire, et, en insistant sur l'état antérieur, j'appris que cette jeune fille, quelques jours auparavant, avait eu un léger mouvement fébrile et du gonflement de la partie postérieure des joues. Il me fut alors facile de reconstituer l'histoire de ma malade : atteinte d'oreillons, parotidiens d'abord, puis sous-maxillaires ensuite, la crise d'appendicite n'était qu'une crise d'ovarite ourlienne droite. Les événements vinrent confirmer ce diagnostic : En 48 heures, tous ces signes disparurent l'un après l'autre et depuis huit ans, cette jeune fille, âgée maintenant de 22 ans, jouit d'une santé parfaite et n'a jamais plus éprouvé la moindre douleur du côté droit.

Observation IX. — SABRAZES. Ovarite ourlienne chez une jeune femme de 24 ans, in *Thèse Cheynet*, Bordeaux 1906, n° 48.

Mad., âgée de 24 ans, très régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans, entre à l'Hôpital pour tuméfaction de la région postérieure des joues, et pour douleurs dans le bas ventre. Les troubles actuels ont débuté, il y a cinq jours, par des douleurs abdominales auxquelles succéda, deux jours plus tard, le gonflement parotidien bilatéral. On pense aux oreillons. Cette maladie coïncide avec l'apparition des règles, en retard de 4 à 5 jours, douloureuses et plus abondantes que de coutume. A l'examen : douleurs spontanées, augmentées par la palpation, des deux côtés, dans la région ovarienne, mais ayant débuté du côté gauche. Température : 39° ; état saburral des voies digestives ; douleur des seins.

La malade guérit en huit jours environ.

Observation X. — R. LE BLAYE. Ovarite ourlienne avec métrorrhagie chez une femme de 28 ans, in *Archives Médico-Chirurgicales de Province*, 1912, p. 885.

Mme C... est une femme de vingt-huit ans, bien portante habituellement, sans passé pathologique intéressant. Elle a deux enfants vivants, l'un de six ans, l'autre de deux ans, et elle a eu dans l'intervalle une fausse couche de deux mois. Ses règles sont régulières, abondantes, annoncées, au début, par des douleurs lombaires, parfois assez vives, mais passagères. Les dernières remontent à vingt jours.

Le 29 août : dans la soirée (18 jours après le début d'une attaque d'oreillons chez son petit garçon) Mme C..., est prise de malaise, de frissons et de douleur dans la région parotidienne gauche. Le lendemain, malgré sa fatigue, elle n'a pas gardé le lit, et, dans la soirée (30 août), les oreillons sont devenus bilatéraux, des vomissements se sont produits, et, en même temps, des douleurs abdominales très vives sont survenues, siégeant du côté gauche, au-dessus et en dedans de l'arcade crurale. La malade a eu, presque en même temps, « une perte d'eau » et, quand on cherche à lui en faire préciser la nature, elle la compare à celle d'une femme en couches. Les pertes de sang ont succédé presque immédiatement aux « pertes d'eau », et, le lendemain, les douleurs abdominales sont devenues bilatérales.

A ma première visite, quatre jours après le début des accidents, je constate des oreillons bilatéraux typiques avec gonflement prédominant à droite. La fièvre atteint 38°, le pouls, 96 pulsations. Il y a un peu de céphalée : pas d'angine ; l'examen des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal. La douleur abdominale est facile à localiser par le palper.

Elle siège à trois travers de doigt environ au-dessous et en dedans du point de Mac Burney, à droite, et, à gauche, un peu plus bas. C'est une douleur très vive, bien localisée, réveillée par la pression profonde, sans qu'il y ait d'hypesthésie superficielle. Aucune tuméfaction n'est perceptible. Le toucher vaginal ne montre aucun empatement, aucune tuméfaction, mais il permet, à travers les culs-de-sacs latéraux, de provoquer, en un point bien circonscrit, une très vive douleur à laquelle ne correspond aucune résistance, aucune masse perceptible. L'utérus est de dimension normale.

Le 3 septembre : à 4 heures, l'état est stationnaire ; la métrorrhagie continue, la température n'est que de 37° ; mais, à six heures, un frisson survint et la malade dit avoir eu une forte fièvre jusqu'à 10 heures du soir.

Le 4 septembre : la température se maintient à la normale et les pertes sont moins abondantes.

Le 5 septembre : la métrorrhagie a cessé ; le soir, à 6 heures, survient un léger frisson (38°). Il s'en reproduit encore le lendemain et le surlendemain, dans la soirée, bien que la tuméfaction parotidienne et les douleurs abdominales aient presque entièrement disparu. La convalescence s'est ensuite poursuivie normalement.

Observation XI Résumée. — GUEIT. Ovarite droite apparaissant six jours avant les oreillons. *Société des Sc. Médicales de Montpellier*. Séance du 20 juin 1913.

Le 1^{er} juin, j'étais appelé auprès d'une jeune fille de 21 ans, Mlle M..., qui souffrait, depuis la veille, de coliques intolérables. Cette jeune malade que je trouvai très agitée, en état de fièvre élevée (39°7), avec un pouls à 110, se plaignait de nausées et de vomissements, mais surtout de douleurs très vio-

lentes dans le bas-ventre. Il y avait de la constipation, de la dyurie et un retentissement de la douleur dans la région lombaire.

Cette jeune fille, habituellement en bonne santé, avait eu dans son enfance une scarlatine, la rougeole et la coqueluche. Son père est un bronchitique chronique, sa mère est en excellente santé ainsi que son frère, de sept ans plus jeune qu'elle. L'examen local nous montra une paroi abdominale rétractée, sensible à la palpation, présentant, dans la région de l'hypogastre, une dureté de bois rendant la palpation impossible. Les urines, émises en très petite quantité, s'accompagnent de douleurs à la miction. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais sont très chargées en phosphates et très uratiques. Habituellement bien réglée, cette malade avait eu ses règles six jours avant; il n'y avait ni leucorrhée habituelle ni passagère et toute inspection utérine paraissait devoir être écartée. La percussion révélait une vessie vide, la palpation rénale n'était pas douloureuse. Le maximum de douleur siégeait à droite de l'abdomen, mais le point de Mac Burney ne paraissait cependant pas plus douloureux que la région sous-pubienne. Il y avait un peu d'œdème du mont de Vénus et une légère hyperesthésie de cette région sus-pubienne. Pas de ganglions inguinaux. Le foie et la rate n'étaient pas augmentés de volume; il n'y avait qu'un peu de douleur à la pression du creux épigastrique. On notait l'état saburral des voies digestives supérieures et de l'inflammation des amygdales qui furent d'ailleurs en s'accroissant les jours suivants.

Pendant deux ou trois jours, sous l'influence du régime et du traitement, la température s'amende légèrement mais la douleur persiste, très vive, au-dessus du pubis, et la palpation y est impossible. Or, le surlendemain, c'est-à-dire six jours après le début de la maladie, après une nuit très agitée, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait plus ouvrir la bouche, que la déglutition était très douloureuse et que sa joue gauche était enflée. La palpation, en ce point, était douloureuse, il y avait un peu de céphalée, la température était de 37°3, elle atteignait le soir 37°8. En présence de ces faits, il était facile de porter le diagnostic d'oreillons, d'autant que, le lendemain, la joue droite était aussi le siège d'un léger gonflement qui se résorba d'ailleurs aussi vite que celui du côté gauche. Mais, ce qu'il y eut de plus curieux, c'est qu'en même temps que la localisation ourlienne sur les parotides se développait, la douleur hypogastrique disparaissait. La palpation devenant plus facile, nous trouvâmes, en dedans et au-dessous du point de Mac Burney, dans la fosse iliaque droite, une petite masse résistante, du volume d'une châtaigne, douloureuse à la palpation, et que nous avons retrouvée les jours suivants avec ces mêmes caractères de consistance et de sensibilité.

En sept à huit jours, les phénomènes s'amendèrent complètement et la température revint à la normale. Nous avons revu, il y a huit jours, la malade, complètement guérie, chez laquelle il n'y avait plus trace de douleur abdominale, ni de localisation douloureuse dans la région ovarienne droite. Le ventre était souple, la miction redevenue normale et indolore, la constipation avait disparu, la déglutition était facile et il n'y avait plus trace d'amygdalite, ni de fluxion parotidienne.

Cependant, il y a deux jours, lors du retour des règles, la malade fut prise d'un peu de malaise avec bouffissure de la face et œdème palpébral; il y eut un peu de tension douloureuse au niveau du mamelon gauche, durant une journée, mais aucune douleur dans le bas ventre. Le tout a disparu avec la cessation des règles.

Observation XII. — THOMAS SALTER. Abortion produced by metastasis in cynanche parotidea. [Avortement produit par métastase ourlienne], in *London Medical Gazette*, 1849, vol. IX, p. 106.

Le 17 novembre 1846, j'étais appelé auprès de Mme X..., qui souffrait d'une attaque d'oreillons aiguë, maladie que son mari avait eu, 15 jours auparavant et qui avait été compliquée, chez lui, de métastase testiculaire.

Cette dame; âgée d'environ 25 ans, était grande, de constitution plutôt délicate et très nerveuse; elle était enceinte de trois mois environ; c'était sa troisième grossesse et ses deux premiers enfants étaient en excellente santé.

Le traitement habituel ayant été prescrit, je la trouvais sensiblement mieux le lendemain; mais cependant, dans la nuit, était survenu un écoulement vaginal, peu abondant et faiblement teinté de sang, sans qu'aucune espèce de douleur ne fut notée.

Les deux gestations antérieures ayant évolué, chez cette dame, sans aucun accident, j'espérais pouvoir éviter l'avortement menaçant d'autant que, le lendemain, 19 novembre, l'écoulement avait cessé. Mais, appelé d'urgence le 20 au matin, j'apprends que ma malade a été prise, subitement, dans le milieu de la nuit, d'une très forte hémorragie accompagnée de violentes douleurs utérines amenant l'expulsion du fœtus dans un flot de sang et de caillots. Le placenta n'a pas encore été expulsé et un peu de liquide saignant s'écoule par le vagin. Il n'y a plus de douleurs. A l'examen, impossible d'atteindre le placenta qui est encore dans l'utérus.

Le fœtus mesurait environ douze centimètres de long et, bien que la peau ne présentât aucune décoloration, en plusieurs points du corps, l'épiderme se détachait par plaques. Il était donc probable que le fœtus était mort depuis quelque temps déjà, probablement même avant la première hémorragie. L'hémorragie persistant et aucune contraction utérine n'apparaissant qui eut pu hâter la délivrance, je fis prendre à la malade, à plusieurs reprises, de l'ergot de seigle, sans aucun résultat d'ailleurs. Entre temps, j'essayai, à plusieurs reprises, d'atteindre le placenta; mais ce ne fut que vers huit heures du soir, c'est-à-dire 15 heures après l'accouchement du fœtus, qu'aidé par de violents efforts expulsifs de la malade, je réussis à le détacher et à l'extraire. Alors l'hémorragie cessa.

Le placenta avait un aspect tout particulier: à peu près de la taille et du volume de 2 mains accolées, il avait l'apparence d'un volumineux caillot et c'est à peine s'il restait six centimètres de cordon fixé à son centre. Regardant de plus près, il était possible, cependant, de retrouver l'amnios, sur la face fœtale, et la caduque, sur la face maternelle: entre ces deux membranes, en plein tissu placentaire, un volumineux caillot constituait la masse principale du délivre. A la coupe, le placenta, qui avait 4 à 5 centimètres d'épaisseur, offrait encore ce même aspect cailloteux; seule, une petite portion d'environ 3 centimètres carrés était normale, mais, pour tout le reste, ce n'est qu'après un lavage prolongé, et après en avoir exprimé tout le sang, qu'on put retrouver les caractères du tissu placentaire.

Observation XIII. — C. D. HOMANS. Mumps in a pregnant woman: premature labor, followed by the appearance, of the same disease in the infant 24 hours after its birth. (Oreillons chez une femme enceinte; accouchement prématuré suivi de l'apparition de la même maladie chez l'enfant 24 heures après sa naissance), in *The American Journal of the Medical Sciences*, 1885, vol. XXIX, p. 56.

Mme S..., âgée de vingt-cinq ans, de constitution robuste et d'excellente santé habituelle, avait atteint le huitième mois de sa première gestation. Le dimanche 30 juillet, après-midi, elle est prise de violentes douleurs dans les joues avec raideur du cou et léger état fébrile. Elle passe une très mauvaise nuit et, le lundi, se plaint beaucoup de la douleur de ses joues et de son cou, douleur à peu près constante avec périodes d'exacerbation.

Le cou était généralement très enflé et douloureux, spécialement du côté droit, en dessous de l'oreille. La déglutition était difficile et douloureuse, la voix rauque, mais l'appétit était conservé.

Ces symptômes vont en s'accroissant jusqu'au mardi matin, moment où les douleurs du cou disparaissent et commencent les douleurs du travail. Le travail eut une marche normale et régulière et, le mercredi à midi, Mme S..., mettait au monde un enfant vivant.

Pendant ce temps, l'enflure du cou avait régulièrement augmenté, s'accompagnant de douleurs, externes et internes, empêchant l'ouverture complète de la bouche. Du jour de l'accouchement, tous ces phénomènes s'atténuèrent peu à peu et, deux semaines environ après le début de la maladie, l'enflure avait disparu du côté gauche et presque complètement aussi du côté droit.

La convalescence fut régulière et sans incidents et l'on ne constata aucune manifestation de la maladie sur les seins; mais, le jour qui suivit l'accouchement, on remarqua que l'enfant pleurait lorsqu'il ouvrait la bouche et l'examen de son cou montra une parotide gauche légèrement gonflée. Cette enflure augmenta pendant deux jours, accompagnée des symptômes habituels, puis disparut.

Le côté droit du cou ne fut jamais touché.

Observation XIV (Résumée). — V. GAUTIER. Oreillons épidémiques chez une femme en couches et chez son nouveau-né, in *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1883, p. 81.

Mme H..., âgée de 30 ans, mère d'un petit garçon de 4 ans, qui vient d'avoir les oreillons, maladie régnant épidémiquement en ce moment à Genève, est accouchée, le 23 juillet 1882, d'une petite fille. Cette dame, habituellement en bonne santé, grande et forte, ne présentait aucune trace d'affection cutanée ni d'engorgement ganglionnaire. Après un travail de 14 heures, l'accouchement se fit à 5 heures de l'après-midi. L'enfant pesait 3.250 grammes. La délivrance naturelle est survenue vingt minutes après l'accouchement, la perte de sang fut modérée. L'enfant prit le sein le 24 juillet vers midi, et toutes ses fonctions ont été normales.

Dès la nuit du 23 au 24 juillet, Mme H..., se plaint d'une vive douleur dans le conduit auditif gauche. Cette douleur avait disparu le 24 au matin: mais cependant, ce même jour, la garde constate chez l'accouchée, un gonflement douloureux de la région parotidienne droite.

Dans la nuit du 24 au 25, sans cause appréciable, violent frisson avec sensation générale de froid, qui n'est suivi d'aucune réaction de chaleur ni de transpiration.

Le 25 au matin, on constate un gonflement de la parotide droite, sans œdème environnant, sans rougeur, sans engorgement ganglionnaire. La glande est très douloureuse à la palpation, les mouvements de mastication sont difficiles. L'appétit est normal, la langue est propre; pas de ballonnement du ventre; globe utérin normalement rétracté, légèrement douloureux à la pression; lochies et urines normales: pouls à 88°. L'enfant prend le sein régulièrement.

26 juillet : Pouls à 108. Température 38°6 ; nuit sans frisson ; douleur intense de la joue droite. La parotide et la région mastoïdienne, de ce même côté, ont pris un notable développement et une enflure oedémateuse s'étend, en avant, jusqu'à deux travers de doigt de la fossette mentonnière ; en haut, elle envahit la région temporale. La peau n'est ni rouge ni luisante, le palper et les mouvements de la mâchoire sont douloureux. Gonflement normal des seins. Langue toujours propre, appétit conservé, pas d'évacuation alvine. L'enfant est bien portant.

27 juillet : Après un lavement, évacuation alvine le 26 au soir ; nuit tranquille. Pouls à 84 ; l'enflure de la région parotidienne droite et de la face a diminué de moitié : douleur moins vive. Ventre indolore.

Teinte subictérique de l'enfant. Il tète et dort bien ; ses joues et son cou n'offrent rien d'anormal.

28 juillet : Diminution progressive de la parotidite. Pouls à 68. Appétit régulier.

29 juillet : Le gonflement n'est pas encore complètement effacé ; ce n'est que le 2 août que la région parotidienne a repris sa forme normale. Le côté gauche de la face n'a jamais présenté aucun gonflement.

L'enfant, pesé le 2 août, a atteint 3.550 grammes, l'ictère a disparu.

5 août : La petite fille présente une légère tuméfaction de la région sous-maxillaire du côté droit du cou. C'est une tumeur, ovale d'arrière en avant, de la grosseur d'une noix et divisée en deux lobes d'égale grandeur, dépassant en avant le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien. La peau de la région n'est ni rouge ni luisante ; la douleur à la pression paraît modérée ; l'enfant ne refuse pas le sein, ses évacuations sont normales, mais il crie et s'agite plus qu'à l'ordinaire. Les régions parotidienne et péri-auriculaire n'offrent aucune tuméfaction ; le cuir chevelu et la cavité buccale ne présentent aucune altération ; la peau est saine sur tout le corps.

6 et 7 août : même état.

8 et 9 août : La tuméfaction occupe la même situation, mais a diminué de moitié environ. Le côté gauche du cou présente une enflure analogue mais beaucoup moins accentuée. Santé générale parfaite. Poids de l'enfant le 9 août : 3.830 grammes.

12 août : On perçoit encore un léger gonflement sous-maxillaire, à droite ; mais, à partir de ce jour, tout est rentré dans l'ordre. Mme H..., a commencé à se lever le 9 août.

Observation XV. — DEMELIN. Oreillons chez une femme enceinte de huit mois ; accouchement à terme, enfant normal, in *Revue et Mémoires d'Obstétrique*. Paris 1900, p. 85.

Nous avons vu une femme, enceinte de huit mois, prise d'oreillons ; la maladie suivit son cours normal et guérit. La femme accoucha, à terme, d'un enfant vivant et ne présentant rien de particulier.

Observation XVI (Résumée). — HENTON WHITE Oreillons apparaissant chez une mère et son nouveau-né au septième jour des suites de couches, in *British Medical Journal*. Londres 1902, p. 1337.

Mme W..., âgée de 24 ans, qui n'avait jamais eu auparavant les oreillons, accouchait, le 17 mars dernier, de son premier enfant, un garçon bien constitué. Mère et enfant demeurent en parfaite santé jusqu'au matin du 23 mars,

date à laquelle on remarque une tuméfaction notable de la glande sous-maxillaire droite de l'enfant.

Appelé en consultation, je ne vis pas de suite la signification de cette fluxion glandulaire; mais, le jour suivant, la mère présentait, à son tour, une douleur et une enflure de sa glande sous-maxillaire gauche et sa température marquait 39°. Ce même jour, la parotide droite de l'enfant était prise, à son tour, et, ce n'est qu'avec difficulté qu'il prend le sein. Je porte alors le diagnostic d'oreillons, d'autant que plusieurs autres cas étaient signalés dans la même rue.

La mère présenta, par la suite, une tuméfaction très accusée et très douloureuse qui fut suivie d'une faiblesse considérable; l'enfant, lui, guérit normalement et progressivement, en trois semaines environ.

Aucune poussée fluxionnaire des testicules ne fut notée.

Le jour qui précéda l'accouchement de Mme W..., l'auteur fait remarquer qu'il avait eu à soigner un cas d'oreillons et il se demande si cette dame a été infectée indirectement, par lui, au moment de l'accouchement, ou, directement, par des personnes de son voisinage, avant son accouchement. Il fait remarquer, en outre, que, si l'on admettait que l'enfant ait été contaminé à sa naissance seulement, le temps d'incubation serait ici plus court qu'en aucun cas connu, en sorte qu'il croit plutôt à une infection ourlienne transmise in utero par la mère.

Observation XVII (Résumée). — BABONNEIX. Syndrome de Little apparaissant chez un enfant sous l'influence d'une infection ourlienne survenue au cinquième mois de la gestation chez la mère, in *Gazette des Hôpitaux*, 26 mars 1912, p. 522.

Mme X..., d'une bonne santé habituelle, est atteinte d'oreillons le 1^{er} avril 1909. Elle croit avoir été contaminée par un collégien qui, quelque quinze jours auparavant, se trouvait à côté d'elle dans le métro. Ses oreillons évoluent normalement. A signaler seulement que Mme X..., qui, à ce moment, était enceinte de quatre mois et demi à cinq mois, et avait déjà senti le fœtus remuer, remarque que, pendant toute la période fébrile de sa maladie, les mouvements actifs avaient disparu.

Le mari de Mme X..., qui l'avait soignée et n'avait cessé de partager sa chambre, malgré toutes les recommandations, fut atteint dix-sept jours plus tard. La maladie présenta chez lui une forme sévère; il eut une orchite avec atrophie complète du testicule droit et sa convalescence dura plusieurs mois.

L'enfant de Mme X... est vu en Novembre 1909 par M. HUTINEL.

Sa mère raconte que vers huit mois et demi elle eut une petite hémorragie. L'accouchement, pratiqué par M. DELESTRE, s'est bien passé; l'enfant n'est pas né en état d'asphyxie apparente. Rien ne permettait de penser à la syphilis. Cependant, on est immédiatement frappé par l'aspect des yeux qui sont réversés en bas, de telle sorte qu'il existe un espace assez considérable entre le bord libre de la paupière supérieure et la circonférence de la cornée; de plus, il existe une raideur généralisée, occupant la nuque et les membres et qui a été remarquée par la famille elle-même; il n'y a pas de convulsions, pas de mouvements athétoso-choréiques, pas de troubles intellectuels. L'expression du visage est intelligente; les réflexes tendineux sont partout exagérés; le crâne est brachycéphale. En somme, il s'agit d'un syndrome de Little typique.

Ultérieurement, les phénomènes nerveux ont rétrocedé spontanément; la raideur a diminué, les réflexes tendineux sont devenus moins vifs, l'intelligence s'est développée d'une façon normale, la petite malade a commencé à parler et

à marcher à l'âge habituel si bien, qu'à l'heure actuelle, un diagnostic rétrospectif serait à peu près impossible.

En somme, sous l'influence d'une infection ourlienne, survenue au cinquième mois de la gestation, est apparu un syndrome de Little évident, quoique léger et spontanément curable.

Observation XVIII. — CHAMBRELENT. Oreillons chez une femme au terme de la gestation, accouchement à terme et normal, enfant normal in *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1914, p. 120.

Mme X..., a deux enfants; l'un de sept ans, l'autre de neuf ans. Elle est enceinte pour la troisième fois. Grossesse absolument normale.

Dernières règles, fin décembre 1912. Le 18 mars, c'est-à-dire au terme de sa grossesse, elle est subitement prise de douleur et gonflement au niveau du cou. Son médecin, le Docteur LEURET, appelé auprès d'elle, constate qu'elle est atteinte d'oreillons. Température : 38°. Il n'y a cependant pas d'oreillons dans son entourage et ses enfants n'en ont jamais été atteints.

La maladie suit son cours régulier et, le 21 mars, elle est prise des premières douleurs de l'accouchement. A ce moment, elle présente encore une température de 38° le matin, et 38°5 le soir.

Le travail se passe normalement et, le 22 mars, c'est-à-dire quatre jours après le début des oreillons, cette dame accouche, normalement, d'un enfant vivant. Cet enfant est bien constitué et ne présente aucun symptôme morbide. Délivrance normale, sans hémorragie. Suites de couches normales jusqu'au 25 Mars, mais, ce jour-là, cette dame est prise d'un grand frisson. Appelé immédiatement auprès d'elle, je constate une température s'élevant à 39°. L'examen minutieux de la zone génitale ne présente rien de particulier à signaler; mais le cou paraît plus volumineux que la veille et la malade présente une certaine difficulté dans les mouvements de la déglutition. Je prie mon confrère, le Docteur LEURET, de venir la voir et il constate une poussée nouvelle du côté des glandes parotides.

Le lendemain, la température se maintient encore à 38°. Toujours rien du côté de la zone génitale.

A partir du 27, il n'y a plus de température, le gonflement de la parotide diminue, les suites de couches continuent à être absolument normales. L'enfant, allaité par sa mère, et qui pesait 3.210 grammes à la naissance, se porte à merveille et, bien qu'étroitement surveillé, n'a rien présenté du côté de sa glande parotide, ni du côté de son appareil ovarien; mais, quinze jours après l'apparition des oreillons chez cette dame, ses deux enfants, bien qu'ayant été isolés, furent successivement atteints par cette maladie.

Observation XIX (inédite). due à l'obligeance de M. le Docteur HOUPERT d'Usson du Poitou.

Oreillons apparaissant au 4^e mois d'une gestation. Bonne continuation de la gestation. Accouchement à terme d'un enfant normal.

Mme X..., âgée de 40 ans, femme de cultivateur, III^e pare.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX. — Première gestation en 1910, normale, accouche d'un garçon à terme et bien développé; Seconde gestation en 1913, normale accouche d'une fille à terme pesant 5 kgr. 500.

GESTATION ACTUELLE. — Dernières règles au début de Septembre. Oreillons le 18 janvier 1922 (c'est-à-dire quatre mois après les dernières règles.) Évolution normale de la maladie, portant uniquement sur les parotides, en trois semaines environ. Cependant, douleurs ovariennes pendant 48 heures, mais pas de

métrorrhagie. Convalescence normale, accompagnée seulement de dépression assez tenace.

ACCOUCHEMENT. — Le 1^{er} juin (à terme) d'un garçon, vivant et bien conformé, pesant 4 kgr. 900. Délivrance normale. Placenta normal.

SUITES DE NAISSANCES. — L'enfant, très beau, très éveillé, pousse bien, ne présente aucune malformation, et la mère est excellente nourrice. Au 20 Juillet, il pesait 6 kgr. 500.

Observation **XX** (inédite). — H. VIGNES. Oreillons apparaissant au 3^e jour des suites de couches. Evolution favorable, pas de complications ovariennes, complications mammaires bénignes.

Mme S..., âgée de 25 ans, sans profession. Secondipare.

ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES. — Premières règles à douze ans, durant 6 jours, tous les vingt-trois jours. Très bonne santé habituelle, fonctionnement intestinal normal.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX. — Première gestation à vingt-trois ans; normale, constipation marquée, accouchement normal en 12 heures environ. Très bonne nourrice.

GESTATION ACTUELLE. — Dernières règles du 5 au 11 août, quelques vomissements, constipation, engraisse considérablement.

Premier examen, le 6 mai (268 jours après les dernières règles) grande et belle femme, bonne mine. Hauteur de l'utérus, 37 centimètres. Tête en bas, dos à droite.

ACCOUCHEMENT : le 22 mai (284 jours après les dernières règles).

A 14 heures : premières douleurs.

A 17 heures (3^e heure), dilatation : deux franes.

A 17 h. 30, M. H. VIGNES chronomètre la fréquence des douleurs :

1 intervalle, 125"; 1 douleur, 45"; 1 intervalle, 190".

1 douleur, 52"; 1 intervalle, 100"; 1 douleur 40".

A 18 h. 30 : douleurs toutes les 2 ou 3 minutes, avec intervalles indolores.

A 18 h. 40 : tendance à la persistance des douleurs dans les intervalles.

A 19 h. 45 (6^e heure), dilatation : 5 franes.

A 21 h. 15 (7^e heure), dilatation complète; le Docteur VIGNES rompt la poche des eaux.

A 21 h. 30 (sept heures et demie après le début du travail expulsion, d'un garçon vivant pesant 4.470 grammes.

A 22 heures (trente minutes après l'accouchement), après six douleurs de décollement; on fait faire un effort qui amène l'expulsion de la délivrance complète. Le placenta pèse 850 grammes.

SUITES DE COUCHES ET SUITES DE NAISSANCE. — Le 25 mai (3^e jour des suites de couches), la malade se plaint de douleurs dans la région des oreilles; elle perd ce jour quelques gros caillots. Température : 37°6.

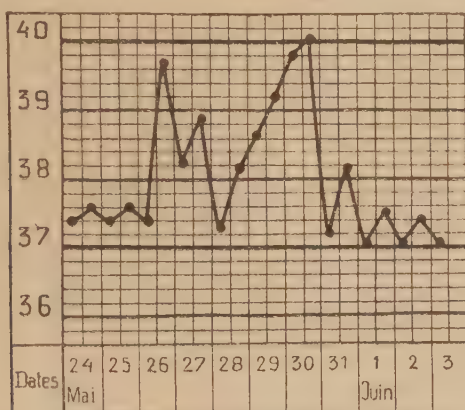
Le 26 mai (4^e jour) : Oreillons. La malade présente une tuméfaction assez accusée des régions parotidiennes droite et gauche, avec tension douloureuse, gêne de la déglutition et de la mastication et léger état saburral des voies digestives supérieures. La température est à 38°4 au moment de notre visite. Corne utérine gauche sensible. Purgation au calomel.

Le 27 mai (5^e jour). Les parotides ont notablement augmenté de volume. La température qui, hier soir, était à 39°8, est, ce matin, à 38°3. La déglutition s'accompagne de vives douleurs; les glandes sous-maxillaires sont également prises. On note de la sialorrhée, une céphalée assez forte et de la courbature.

Rien aux glandes lacrymales, mais, seins tendus et douloureux. Corne utérine gauche toujours sensible. L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La malade perd peu.

Le 28 mai (6^e jour des suites de couches). Température : 39°3. La tuméfaction parotidienne est moins accusée, mais la sous-maxillaire a augmenté légèrement. Toujours, même difficulté à la déglutition. Salive épaisse. La malade perd normalement. la céphalée a presque complètement disparu. Elle a dormi cette nuit.

Le 29 mai (7^e jour). La malade a eu un frisson cette nuit. La température tend à remonter et est à 38°7. Corne utérine droite sensible, légère métrorrhagie, odeur légère. Le gonflement parotidien a encore diminué légèrement, mais la région sous-maxillaire est plus enflée que la veille. La malade est très abattue, se plaint de courbature générale et de céphalée. Pas de Kernig. Constipation (pas de selles depuis deux jours). Aux seins, toujours extrêmement tendus et



douloureux, on note, à gauche, un point douloureux dans le quadrant supéro-externe. Les urines ont une coloration noire avec albuminurie. Consultation, le soir, avec M. Louis MARTIN Sous-Directeur de l'Institut Pasteur : Température : 39°2, même état général et local, urines redevenues normales. Bon pronostic.

Le 30 mai (8^e jour des suites de couches) : Température toujours élevée, 39°8. Les régions parotidiennes et sous-maxillaires ont légèrement dégonflé. Lochies odorantes, ovaires non douloureux; seins toujours très gros et tendus. Purgation. Le soir, tendance syncopale. Pouls à 92-100. Température à 40°. Aspirine.

Le 31 mai (9^e jour des suites de couches). Température tombée à 37°2. Bouche très sèche. Pas trop de céphalée, a dormi. Seins beaucoup moins sensibles, mais trajet du nerf petit sciatique douloureux. Utérus à trois travers de doigts au-dessus du pubis. Glandes parotides et sous-maxillaires toujours gonflées, mais moins.

Le 1^{er} juin (10^e jour des suites de couches). Température à 37°2.

L'enflure a encore diminué, l'état général est meilleur.

Le 2 juin (11^e jour des suites de couches), dégonflement marqué;

Utérus toujours à 3 travers de doigt.

Le 3 juin (12^e jour des suites de couches), figure normale.

L'utérus a regressé et est en position normale.

Le 5 juin (14^e jour après l'accouchement), l'enfant présente une mammite bilatérale accentuée. Température de l'enfant : 36°7 le matin, 37°2 le soir.

Le 6 juin : la mammite a regressé à gauche; température : 37°7.

Le 9 juin (18^e jour après l'accouchement), la mammite a complètement disparu.

Nous reproduisons ici les quantités de lait qui ont été prises au sein maternel pendant l'évolution des oreillons :

27 MAI	28 MAI	29 MAI	30 MAI	31 MAI	1 ^{er} JUIN	2 JUIN
Grammes.	Grammes.	Grammes.	Grammes.	Grammes.	Grammes.	Grammes.
70	110	75	75	130	180	80
60	70	100	85	120	100	75
50	20	70	75	20	80	70
70	70	50	65	85	100	100
60	70	75	75	100	70	70
70	120	75	55	85	80	130
380	460	445	440	540	610	525

Voici par ailleurs les poids successifs de l'enfant :

26 mai	4.000 grammes.
27 mai	4.050 —
28 mai	4.100 —
29 mai	4.120 —
30 mai	4.150 —
31 mai	4.185 —
1 ^{er} juin	4.200 —
2 juin	4.230 —

On voit que la quantité de lait prise par l'enfant a été plutôt élevée et que l'enfant s'est développé suivant une progression à peu près régulière et satisfaisante, puisque, pendant ces 7 jours, la moyenne de sa progression a été de 32 gr. 85.

Son développement ultérieur, d'ailleurs, a été excellent et il ne présente aucune arriération.

CONCLUSIONS

L'infection ourlienne semble susceptible de déterminer des complications au niveau des organes génitaux de la femme.

On n'a sur ce point que des faits cliniques : douleurs ovariennes et métrorrhagies.

Pendant la gestation, il semble que cette infection puisse déterminer des métrorrhagies et des avortements. Cette éventualité est d'ailleurs rare, peut-être même exceptionnelle.

Si l'on met à part une observation de M. Babonneix, il ne semble pas que le produit de la conception ait souffert de l'infection maternelle. Toutefois, ce point nécessite de nouvelles recherches.

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu : le Président,
M. COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- BABONNEIX. — Contribution à l'étude étiologique du syndrome de Lillie, in *Gazette des Hôpitaux*, n° 36, 26 mars 1912, p. 522.
- BAUMEL (L.). — Chapitre oreillons, in *Précis de Médecine Infantile*, Paris, 1904.
- BETTI (U.-A.). — Ovarite bilaterale, rarissima varieta clinica di parotite epidimica, in *Gazzetta degli Ospedali e della Cliniche*, 12 novembre 1899, p. 1445.
- BOURGEOIS (Benjamin). — Contribution à l'étude de la fièvre ourlienne. *Thèse de Paris*, 1887-1888, n° 203.
- BOUTEILLIER. — Des oreillons et de leurs métastases chez la femme, *Thèse de Paris*, 1866, n° 273.
- CHAMBRELENT (V.) et CATHALA (V.). — Des maladies et des états de la mère capables de devenir une cause de complication pendant la grossesse et pendant l'accouchement, in *Pratique de l'Art des Accouchements*, P. BAR, 1914, t. II p. 14.
- CHAMBRELENT (J.). — Oreillons au terme de la grossesse, in *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, t. XVII, année 1914, p. 120 et 282.
- CHEYNEL. — De l'ovarite ourlienne. *Thèse de Bordeaux*, 1905-1906, n° 48.
- COMBY (J.). — Localisation des oreillons sur l'appareil sexuel et ses annexes, in *Progrès Médical*, 18 février 1893, p. 147.
- COMBY (J.). — Chapitre oreillons, in *Traité des Maladies de l'Enfance*, Paris, 1920, p. 79.
- CRIBB (A.-J.). — Rapports de l'ovaire et de la parotide, in *The Lancet*, 30 janvier 1886, p. 227.
- DALCHÉ DE DESPLANELS (P.-L.). — De l'ovarite. *Thèse de Paris*, 1885-1886, n° 46.
- DALCHÉ DE DESPLANELS (P.-L.). — *Maladies de l'Ovulation*, Paris, 1921, p. 21.
- DEMIÉLIN. — *Revue et Mémoires d'Obstétrique*, Paris 1900, p. 85.
- DUMAREST (A.). — Note sur quelques particularités des oreillons, in *Lyon Médical*, t. XXII, 20 mai 1876, p. 111.
- ÉDITORIAL. — La localisation des oreillons sur l'appareil sexuel, in *Union Médicale*, 13 octobre 1894, t. LVIII, p. 505.
- FISCHER (A.-F.). — Parotiden Metastase auf das linke ovarium und merkwürdige Heilung derselben, in *Magazin für die Gesamte Heilkunde*, Berlin, 1823, t. XV, p. 509.
- GAILHARD. — Les oreillons. *Thèse de Montpellier*, 1877.
- GAUTIER (V.). — Oreillons épidermiques chez une femme en couches et chez son nouveau-né, in *Revue Médicale de la Suisse Romande*, Genève, 1883, n° 2 du 15 février 1883, p. 81.
- GUET (C.). — Ovarite ourlienne et oreillons. *Société des Sciences Médicales de Montpellier*, Séance du 20 juin 1913, in *Montpellier Médical*, 1913, t. XXXVII, p. 199.
- HALCOM (F.-D.). — Abortion produced by parotitis epidemic, in *Journal of American Medical Association*, 1884 (?)

- D'HEILLY. — Chapitre oreillons, in *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratique*, 1878, t. XV, p. 93.
- HOMANS (C.-D.). — Mumps in a pregnant woman, premature labor, followed by the same disease in the infant twenty-four hours after its birth, in *The American Journal of the Medical Sciences*, Philadelphie, 1833, vol. XXIX, p. 36.
- HUDELO (L.). — Article oreillons, in *Nouveau Traité de Médecine* de GILBERT et THOINOT, Paris, 1911, t. IX, p. 81.
- HUTINEL (V.). — Les oreillons, leurs complications, in *Bulletin Médical*, 29 octobre 1910, p. 995.
- HUTINEL et BABONNEIX. — Rapport sur l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie patholog. de la maladie de Little, in *Comptes Rendus de l'Association Française de Pédiatrie, Congrès de 1911*, p. 17.
- HUTINEL et DARRE. — In *Maladies des Enfants*, Paris 1909, t. I, p. 515.
- LAVERAN (A.). — Article : Oreillons, in *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, t. XVII, p. 310.
- LE BLAYE (R.). — Un cas d'ovarite oûrlienne avec métrorrhagies, in *Archives Médico-Chirurgicales de Province*, décembre 1912, p. 885.
- MAC NAUGHTON (G.). — Epidémie parotitis with metastasis to the female genitalia, in *Pediatrics N. Y.*, mai 1903, vol. XV, p. 263.
- MEYNET (P.). — Observation d'oreillons suivis de métastase sur les ovaires recueillis sur une jeune fille de 16 ans, in *Mémoires et Comptes Rendus de la Soc. des Sc. Médicales de Lyon*, 1866.
- MEYNET (P.). — In *Gazette Médicale de Lyon*, 1866, t. XVIII, p. 357.
- NOBÉCOURT (P.). — Oreillons, in *Précis de Médecine des Enfants*, Paris 1922, p. 46.
- RAMOND (F.) et GOUBERT (G.). — A propos de quelques complications peu connues des oreillons, in *Presse Médicale*, 25 mars 1913, n° 12, p. 94.
- RENON. — Du diagnostic de l'appendicite aiguë avec l'ovarite ourlienne droite, in *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1903. Séance du 4 décembre 1903, t. XX, p. 1361.
- RIZET. — Note sur les oreillons, in *Bulletin Médical du Nord de la France*, décembre 1865, t. VI, p. 418.
- ROOK (Ch.). — A case of parotitis with metastasis metritis of the pregnant uterus resulting in the miscarriage of a three month foetus, in *Gaillard's Medical Journal*, N. Y., 1894, octobre, p. 299.
- SALTER (Th.). — Abortion produced by metastasis in cynanche parotidea, in *London Medical Gazette*, 1849, vol. IX, p. 106.
- SCAGLIA. — Des diverses formes de l'ovarite aiguë, *Th. de Paris*, 1870.
- SNEAD (A.). — Metastasis of Mumps to the brain and uterus, in *Stethoscope and Virginia Medical Gazette*, Richmond, 1851, n° 6, juin 1851, p. 322.
- TROITSKY. — Sur la complication ovarienne au cours d'une épidémie d'oreillons chez des jeunes filles, in *Russki Vrach*, 1902, avril, vol. I, n° 15.
- TROUSSEAU. — Leçon clinique sur les oreillons, in *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1868, t. I, p. 197.
- VIGNES (H.). — « Influence réciproque des maladies infectieuses aiguës et de la gestation. » *Répertoire de Médecine Pratique*, n° 99, in *Presse Médicale*, 5 juillet 1922, n° 53, p. 1119.
- WHITE (H.). — Mumps in mother and infant, in *British Medical Journal*, London, 1902, 21 juin, t. I, p. 1537.

